Aus dem Hygienischen Institut der Universität Bonn
Direktor: Professor Dr. Selter
und dem Gesundheitsamt des Stadtkreises Bonn
Leiter: Medizinalrat Dr. Basten.

Tuberkulose in asozialen Familien.

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Rheinischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Bonn.

*

Vorgelegt am 4. Januar 1937

von

Elsbeth Schenk

aus Krefeld.

BONN 1937.

Anton Brand, Bonn.

Gedruckt
mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität Bonn.

Referent: Prof. Dr. Selter.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Meinen lieben Eltern in Dankbarkeit.

Inhalt:

Seite

1. Das Problem der Tuberkulose-Bekämpfung. . . 5
2. Das Wesen der Tuberkulose, ihre Abhängigkeit von den Umweltfaktoren und ihre Ausbreitungsmöglichkeiten. 6
3. Der Begriff „asozial“. 9
4. Die Auswirkung der Tuberkulose im asozialen Milieu an Hand von Beispielen aus der Bonner Lungenfürsorge. 10
5. Ergänzende Beispiele aus dem Landkreis Bonn. 17
6. Zwangsmaßnahmen im Ausland. 19
7. Die in Deutschland zur Zeit verfügbaren Zwangsmittel und ihre Unzulänglichkeit. 21
8. Die verschiedenen Arten von Zwangsmaßnahmen mit besonderer Berücksichtigung der Thüringer Verhältnisse: 24
   a) Schaffung von Liegehallen und Beschäftigungsstellen für Offentuberkulöse.
   b) Zwangsweise Entfernung der Kinder aus Familien mit Offentuberkulösen.
   c) Zwangsweise Untersuchung des Kranken und seiner Umgebung.
   d) Durchbruch der Schweigepflicht.
   e) Zwangsweiser Berufswechsel.
   f) Obligatorische Überwachung der Schüler und der Angehörigen gewisser Berufe.
   g) Das Eheverbot ansteckender Tuberkulöser.
   h) Zwangsasylierung der asozialen Offentuberkulösen.
9. Zwangsmaßnahmen und Allgemeinheit. 34

Unter allen das Volkswohl und die Volksgesundheit betreffenden Maßnahmen und Bestrebungen, die besonders in der Jetztzeit eine begrüßenswerte Würdigung und tatkräftige Förderung finden, steht das Tuberkuloseproblem hinsichtlich seiner bevölkerungs- und wirtschaftspolitischen Bedeutung an hervorragender Stelle. Die Frage nach seiner Lösung ist noch immer akut, denn bis jetzt ist es noch nicht gelungen, der Tuberkulose vollständig Herr zu werden. Es ist nicht von der Hand zu weisen, daß durch ärztliche und fürsorgerische Maßnahmen große Erfolge erzielt worden sind. Daß es noch zu keinem befriedigenden Resultat gekommen ist, zeigen uns die Schwierigkeiten und Hemmnisse, die uns bei der Tuberkulosebekämpfung entgegentreten. Und worin liegen diese Schwierigkeiten? Sie liegen nicht nur in wissenschaftlich ungelösten und umstrittenen Fragen — denn ohne Zweifel ist die Tuberkulosebekämpfung von dem jeweiligen Standpunkt der Wissenschaft abhängig — und in Umweltfaktoren, die für die Tuberkulose von Bedeutung sind, und die wir allein vielleicht nicht nach unseren Wünschen beeinflussen können, sondern sie sind auch z. T. bei den Kranken selbst zu suchen. Denn bei allen Maßnahmen sind wir in erheblichem Maße auf den guten Willen des betreffenden Kranken und auf das Verständnis seiner Umgebung angewiesen. Im Tuberkulosekampf sind die Kranken nicht nur Objekt und stellen gewissermaßen nur das Passivum dar, sondern sie können hier aktiv im fördernden Sinne sein. So wird und muß es denn eins der Hauptziele fürsorgerischer Tätigkeit sein, das Verantwortungsgefühl jedes Einzelnen zu stärken, um damit die zur erfolgreichen Durchführung des Tuberkulosekampfes kaum zu entbehrende Mitarbeit des Kranken und seiner Umgebung zu erreichen. Aber hier erlebt man nicht so selten das gerade Gegenteil;

die betreffenden Personen lehnen sich teils bewußt, teils unbewußt gegen die Gesellschaft auf, ihnen geht jedes soziale Denken und Empfinden ab. Unwillkürlich fragt man sich: Ob und in welcher Richtung wirkt sich in diesem sogenannten asozialen Milieu die Tuberkulose ungünstiger aus und inwiefern, und bedarf es hier besonderer Maßnahmen, um die Widerspenstigen für ihre Umgebung ungefährlich zu machen? Doch bevor ich an die Beantwortung dieser Fragen gehe, halte ich es für notwendig, einen kurzen Überblick zu geben über das Wesen der Tuberkulose, ihre Abhängigkeit von den Umweltfaktoren und ihre Ausbreitungsmöglichkeiten.

Schon in früheren Jahrhunderten hielt man die Tuberkulose für ansteckend. So wurde z. B. Ende des 18. Jahrhunderts in dem Königreich beider Sizilien ein Gesetz erlassen, das die Absonderung der Schwerkranken verlangte. Als dann Mitte des 19. Jahrhunderts die königliche Akademie in Neapel die Meinung vertrat, wie viele medizinische Vertreter der damaligen Zeit, daß die Schwindsucht vererbbar sei und somit seuchenkämpferische Maßnahmen unnötig und zwecklos seien, wurde das Gesetz wieder aufgehoben. Aber seitdem Robert Koch 1882 den Tuberkelbazillus entdeckt und ihn als den Erreger der Tuberkulose nachgewiesen hat, wissen wir, daß die Tuberkulose eine Infektionskrankheit ist. Wie nun die Ansteckung erfolgt und wie die Erkrankung im weiteren Verlauf der Infektion sich vollzieht, wußte man nicht genau. Einige glaubten, daß in der Kindheit fast jeder einmal unvermeidlich infiziert würde und daß beim Erwachsenen durch irgendwelchen Anlaß die juvenile Infektion zur Erkrankung führe. Behring prägte damals den Satz, „daß die Schwindsucht des Erwachsenen das Ende eines dem Betreffenden bereits in der Wiege gesungenen Liedes sei“. Und wieder andere hielten die Tuberkulose für eine rein soziale Krankheit. Aber diese Ansichten wurden z. T. durch den Weltkrieg widerlegt, der zeigte, daß gerade blühende, gesunde Menschen aus dem tuberkulosefreien Milieu sehr oft und schwer von der

Tuberkulose befallen wurden. In den folgenden Jahren ging es nun um die Frage der exogenen oder endogenen Reinfektion. Heute ist man der Ansicht, daß die erste Infektion in jedem Alter vorkommen kann, daß sie nur sehr bedingt vor der Reinfektion mit folgender Erkrankung schützt und daß die Reinfektion, sowohl endogen als auch exogen, ebenfalls in jedem Alter erfolgen kann.

Die erste Infektion, die wohl durchweg eine Inhaltationsinfektion ist, führt zum sogen. Primärkomplex nach Ranke, bestehend aus dem Primärlungenherd und der Erkrankung der zugehörigen Bronchialdrüse. Dieses Stadium zeigt durch Verkalkung und Verknöcherung starke Heilungstendenz. Andernfalls kommt es zum sogenannten Sekundärstadium, zur Periode der tuberkulösen Dissemination und zur Überempfindlichkeit des ganzen Körpers. Es tritt eine meist von der Bronchialdrüse ausgehende hämatogene Ausschwemmung der Tuberkelbazillen ein, sowohl in die Lungen als auch in andere Organe (Meningen, Knochen, Gelenke, Haut). Außer der meist letal verlaufenden Miliartuberkulose heilt auch dieses Stadium oft aus. Im Tertiärstadium ist die Allergie zum Stillstand gekommen, ein gewisser Grad von Immunität ist wohl vorhanden; es kommt auf intrakanalikulärem Wege zur isolierten Organphthise (chronische Lungenphthise). Eine einheitliche Auffassung über die Immunitätsverhältnisse bei der Tuberkulose besteht noch nicht.

Die Erkenntnis der Infektiosität der Lungentuberkulose hat das Umweltproblem in den Vordergrund gestellt. Ungünstige soziale Verhältnisse erhöhen die Infektionsgelegenheit, sie beeinflussen nachteilig die körperlichen und seelischen Zustände des Menschen, schwächen seine Widerstandsfähigkeit und fördern damit die Entstehung und Verbreitung der Tuberkulose. Unzureichende Ernährung, mangelhafte Kleidung, ungenügende Heizung und fehlende Erholung, körperliche und geistige Überanstrengung im Beruf, dunkle, feuchte, kleine, besonders

aber unsaubere Wohnung haben starken Einfluß auf die Widerstandsfähigkeit des Menschen; dazu kommt noch unvernünftige Lebensweise durch Unmäßigkeit im Geschlechtsleben, in Vergnügungen, im Genuß von Alkohol und Nikotin.

Wie wesentlich der soziale Faktor ist, zeigt die Zunahme der Tuberkulosesterblichkeit im Weltkrieg durch die Hungerblockade.

Wie günstig ein Versetzen der tuberkulösen Kranken aus schlechten Wohnungen in hygienisch einwandfreie auf das subjektive und objektive Befinden wirkt, zeigt Braeuning an folgendem Beispiel: [1])

Es handelt sich um 40 Kranke.

Nach 1 Jahr			
gebessert	30 = 75 %	subjektiv	
gleichgeblieben	4 = 10 %		
verschlechtert	6 = 15 %		
gebessert	20 = 53 %	Objektiver Befund von 38 Nachuntersuchungen	
gleichgeblieben	8 = 21 %		
verschlechtert	5 = 13 %		

Ferner stellte Krutzsch (Altenburg) fest, daß bei guter Seuchendisziplin reichlich ein Viertel weniger schwere Infektionsfolgen auftraten als bei „ungenügender“ Rücksicht auf die Umgebung.

Seiffert (Berlin) fand, daß bei besser hygienischen Verhältnissen die Tuberkulose erheblich öfter zur Heilung kommt als bei unhygienischen (57,5 % : 45 %), ebenso ist die Zahl der Neuerkrankungen geringer (5,3 % : 7,1 %). Wichtig zu wissen ist, besonders für die Bekämpfung und die eventuellen Maßnahmen, daß die Tuberkulosesterblichkeit auch abhängig ist vom Expositionsalter und -grad. Beson-

[1]) Herrn Direktor Dr. Braeuning, den ich noch an einigen weiteren Stellen dieser Arbeit zitiere, danke ich besonders für die liebenswürdige Überlassung reichhaltiger Literatur.

ders gefährdet sind das Säuglingsalter und die Exponierten vom 11.—20. Lebensjahr. Dies stellt folgende Abbildung von Braeuning dar:

I. Grad der Exposition: Offene Tuberkulose ohne katarrhalische Geräusche hygienisch einwandfrei.

IV. „ „ „ Offene Tuberkulose mit Katarrh, hygienisch nicht einwandfrei.

Die Ansteckung erfolgt also durch den offentuberkulösen Menschen selbst, der die Bazillen mit dem Sputum ausscheidet; es spielen hier die Tröpfchen-, Staub- und Kontakt- bzw. Schmierinfektionen neben der nur höchstens im Kindesalter in Betracht kommenden Fütterungsinfektion eine große Rolle. In getrockneten größeren Auswurfmengen nimmt Flügge für Tuberkelbazillen eine Lebensdauer von mehreren Monaten an. An Kleidern angetrocknete Sputumreste sollen wochen lang nach ihrem Antrocknen lebensfähige Bazillen enthalten.

Aus dem Vorangehenden ist ersichtlich, daß die Tuberkulose eine Infektionskrankheit darstellt, die aber als solche auch meist heilbar und vermeidbar ist. Und in dieser Richtung können zu einem nicht geringen Teil die Tuberkulösen selbst bzw. ihre Angehörigen in günstigem Sinne mitwirken.

Nun zu dem Begriff „asozial“. Wer ist überhaupt als asozial in Bezug auf das hier zu behandelnde Thema zu b[e]

zeichnen? Asozial ist der, der sich und seine Umwelt gefährdet. Aber man muß auch hier wieder zwei Gruppen unterscheiden; einmal die, die unbewußt gegen das Soziale verstoßen, deren Verhalten von Unverständnis und Leichtsinn geleitet ist, also die eigentlich Asozialen, und auf der anderen Seite die, die bewußt ihre Mitmenschen gefährden, die Antisozialen.

Trotzdem die Kranken und ihre Angehörigen von den Fürsorgeärzten und Gesundheitspflegerinnen auf den infektiösen Charakter der Tuberkulose und auf hygienisches, gesundheitliches Verhalten aufmerksam gemacht werden, begegnet man immer wieder Menschen, die den ärztlichen und fürsorgerischen Anordnungen nicht nachkommen, sei es, daß sie überhaupt jede Fürsorgebetreuung ablehnen und somit ihrer Krankheit freien Lauf lassen, sei es, daß sie nicht für hygienisch einwandfreie Wohnung sorgen, ungestört auf den Boden spucken, und sei es, daß sie überhaupt ein gesundheitswidriges Leben führen.

Wie sich die Tuberkulose in asozialen Familien auswirkt, sei im folgenden an Beispielen aus der Bonner Lungen-Fürsorge erläutert. Ich habe mich darauf beschränkt bzw. beschränken müssen, nur solche Familien gegenüberzustellen, die in ständiger Überwachung der Fürsorge waren und über die eine ärztliche Diagnose festlag. Bei einem zahlenmäßigen Vergleich der sozial und asozial eingestellten Familien stößt man auf eine Schwierigkeit insofern, als die sozial eingestellten vielfach in privatärztlicher Behandlung stehen und kraft guter häuslicher Sanierungsmöglichkeiten nur zu einem geringen Teil unter Fürsorgeüberwachung stehen, während man die asozialen Familien durch Anwendung bestimmter Druckmittel, wie Sperrung von geldlichen Unterstützungen, Ablehnung einer neuen Wohnung oder eines Heilverfahrens für die Kinder, doch zum überwiegenden Teil schließlich unter Fürsorgeüberwachung bringt. Aber damit ist noch keine restlose Unschäd

lichmachung der Verantwortungslosen erreicht, denn dazu fehlen uns gesetzliche Zwangsmaßnahmen.

Von 80 Kindern aus 46 einwandfreien Familien (s. u.), deren Väter oder Mütter offene Tuberkulose hatten, waren 36 = 45 % krank.

Von 112 Kindern aus 33 asozialen Familien (s. u.) dagegen 60 = 53,57 %.

Nach Art und Zahl der wichtigsten Tuberkuloseerkrankungen ergibt sich folgende Gegenüberstellung:

	einwandfreie Familien	asoziale Familien
Infektions-Tbc.	11 = 30,6 %	11 = 18,3 %
Hilus-Tbc.	9 = 25 %	20 = 33,3 %
Scrofulose	8 = 22,2 %	17 = 28,3 %
Sterbefälle	— —	4 = 6,7 % *)
offene Tbc.	2 = 5,5 %	4 = 6,7 %

*) Die Kinder waren an allgemeiner Tuberkulose, Miliartuberkulose, tuberkuloser Meningitis und Darmtuberkulose gestorben.

Wir sehen, daß sich die Tuberkulose sowohl in der Zahl als auch in der Art der Erkrankung in asozialen Familien ungünstiger auswirkt. Wir haben also 8,57 % mehr Erkrankungen. Während es in den einwandfreien Familien in 30,6 % der Fälle bei der Infectio-Tbc. bleibt, ist dies bei den a- und antisozialen nur in 18,3 % der Fall; statt dessen kommt es zu 8,3 % mehr Erkrankungen an Hilus-Tbc. und zu 6,1 % mehr an Scrofulose. Ganz erheblich höher ist die Sterbeziffer (6,7 % : 0 %).

Von den erwähnten 46 einwandfreien Familien war

der Vater in 28 Fällen offentuberkulös = 60,9 %
die Mutter in 18 „ „ = 39,2 %

darunter

der Vater in 3 Fällen an Tbc. gestorben = 6,5 %
die Mutter in 3 „ „ „ „ = 6,5 %.

Von den erwähnten 33 asozialen Familien war

der Vater in 18 Fällen offentuberkulös = 54,5 %
die Mutter in 15 „ „ = 45,5 %

darunter

die Eltern in 1 Fall „ = 3,3 %
der Vater in 4 Fällen an Tbc. gestorben = 12,1 %
die Mutter in 1 Fall „ „ = 3,0 %
Ferner war in 2 Familien die erste Frau an Tbc. gestorben = 6,1 %.

Hieraus ist die erhöhte Sterbezahl bei den Eltern aus asozialem Milieu deutlich zu ersehen.

In 11 Familien (23,91 %) der sozial Eingestellten konnten weitere Tuberkulosefälle bei Angehörigen festgestellt werden:

1. Großmutter der Frau an Tbc. gestorben. Eine Schwester der Frau an Darm-Tbc. gestorben. Mutter des Ehemannes an Tbc. gestorben. Großvater des Ehemannes an Tbc. gestorben. Onkel des Ehemannes an Tbc. erkrankt. 2 von 4 Geschwistern lungenkrank.
2. Mutter und Schwester der Frau lungenkrank.
3. Mutter der Frau an Tbc. gestorben.
4. Bruder „ „ „ „ „
5. Mutter „ „ „ „ „
6. Vater „ „ „ „ „
7. Mutter „ „ leidet an offener Tbc.
8. „ „ „ an Tbc. gestorben.
9. „ und Vater der Frau an Tbc. gestorben.
10. „ und Vater des Ehemannes an Tbc. erkrankt.
11. „ der Frau an Tbc. gestorben.

Demgegenüber konnten bei den Asozialen in 6 Familien (18,18 %) weitere Tuberkulosefälle bei Angehörigen nachgewiesen werden:

1. Vater der Frau an Tbc. gestorben.
2. Bruder der Frau ist lungenkrank.

3. Mutter der Frau ist lungenkrank.
4. in der Familie der Frau angeblich Tbc.
5. eine Schwester der Frau an Tbc. gestorben,
   „ „ des Mannes „ „
6. Großeltern väterlicherseits der Frau an Tbc. gestorben,
   Bruder und Vetter der Frau an Tbc. gestorben,
   Eltern angeblich gesund.

Trotzdem die „Belastung“ in den asozialen Familien geringer ist, ist die Zahl der Erkrankungen und Todesfälle höher, die Art der Erkrankung schwerer. Dadurch wäre also die ungeheure Bedeutung der Umweltfaktoren für die Tuberkulose (ungünstige soziale Verhältnisse, Herabsetzung der Widerstandsfähigkeit, erhöhte Infektionsgelegenheit) bewiesen. Andererseits spräche dies im negativen Sinn für ein deutlich erkennbares Mitspielen von Erbfaktoren, wenn damit auch keineswegs ein Vorhandensein und eine Beeinflussung durch sie ausgeschlossen sind.

Ferner ist beachtenswert, daß auf

1 asoziale Familie 3,4 Kinder
1 soziale Familie nur 1,7 „

kommen, also der Kreis der Gefährdeten im asozialen Milieu ein größerer ist.

Wie äußerte sich nun in den angeführten Familien das asoziale Verhalten? Es sei hier bereits erwähnt, daß meist asoziales und nur in ganz geringer Zahl antisoziales Verhalten vorlag.

In den meisten Fällen handelte es sich um unbelehrbare und unzugängliche Familien; die einen sorgten nicht für eine hygienisch ausreichende Wohnung, die anderen erschienen erst nach wiederholter schriftlicher oder mündlicher Aufforderung auf der Lungenfürsorge, wieder andere lehnten eine Untersuchung ab oder brachen aus irgendwelchen Gründen eine Erholungskur vorzeitig ab, sei es, daß es sich um eine Kur für sie selbst oder für ihre Kinder handelte.

Es folgen 4 Fälle, in denen die Betreffenden eine Behandlung oder eine Untersuchung ablehnten:

1. Fall. Frau M. S. hat offene Tuberkulose. Haushalt unsauber. 1 Kind; der Mann meint, es sei halb so schlimm mit seiner Frau; diese erscheint auch trotz mehrfacher Aufforderung zwecks Heilstättenantrags nicht.

Es handelte sich um einen rechtsseitigen Unterlappenprozeß, und zwar frische Infiltration des gesamten Unterlappens. Die Blutkörperchensenkung war stark beschleunigt = 60 : 95.

2. Fall. Tochter C. der Familie U. leidet an offener Tuberkulose. Entzieht sich jeder Behandlung mit der Begründung, es habe doch alles keinen Sinn. Es lag eine exsudative cavernöse Tuberkulose vor.

3. Fall. Frau H. A. Schwere offene Tuberkulose mit Verdacht auf Ca verne. Sie will nicht untersucht werden, da sie sich angeblich gesund fühle. Die später vorgenommene Röntgendurchleuchtung und -aufnahme ergaben: Riesige Caverne im linken Oberfeld, unterhalb derselben ebenfalls cavernenverdächtige Aufhellungen, im linken Mittel- und Unterfeld einige weichere Herdschatten (Plastik wurde vorgeschlagen).

Hiernach wurde sie dreimal aufgefordert, war aber nicht zu bewegen, die Fürsorge aufzusuchen und sich in Behandlung zu begeben. Als eine weitere Ermahnung anläßlich eines Hausbesuches wieder ohne Erfolg war, wurden die Zulagen gesperrt. Die Patientin begab sich aber erst drei Wochen später in die Klinik, wo die Anlage eines Pneumothorax vorgeschlagen wurde, die sie aber ablehnte.

4. Fall. Als der Patient P. W. zur Untersuchung in die Lungenfürsorge kam, litt er schon seit zwei Jahren an Husten und Nachtschweißen und hatte in dieser Zeit 15 kg abgenommen. Patient war starker Raucher, 30 Zigaretten am Tage. Seine Mutter war an Tuberkulose gestorben. — Bei der Untersuchung stellte sich eine offene cavernöse Tuberkulose beider Oberfelder heraus. Im folgenden Jahre blieb das Befinden gleich, die Blutkörperchensenkung war immer stark beschleunigt. Im Februar des darauffolgenden Jahres erschien er wegen Verlängerung des Milchscheines; er verweigerte die Blutabnahme, da er sich gesund fühle und sich „selbst behandele" mit Lehmumschlägen. Er bildete so eine große Gefahr für seine Umgebung.

Immer wieder zeigt es sich, daß Patienten einen notwendigen chirurgischen Eingriff ablehnen oder das Krankenhaus bzw. die Heilstätte vorzeitig verlassen, sei es freiwillig gegen dringenden ärztlichen Rat, sei es, daß sie wegen ungebührlichen Verhaltens hierzu genötigt werden. So mußte in einem Falle ein Patient auf disziplinarischem Wege entlassen werden, weil er beim Abendessen gefehlt hatte und angetrunken bei der Abendliegekur angetroffen wurde. Da in den beobachteten Fällen stets eine offene Tuberkulose vorlag, bildeten die derart vorzeitig Entlassenen eine große Gefahr für ihre Mitmenschen, was umso bedauerlicher zu werten ist, als bei der überwiegenden Zahl der Heilstätten-Patienten die Heilungsmöglichkeit bei weiterem Verbleib im Krankenhaus eine sehr aussichtsreiche gewesen wäre.

Geradezu unverständlich erscheint es, daß Eltern auf die vom Arzt befürwortete Heilstättenkur ihres Kindes verzichten oder es vorzeitig wieder nach Hause holen. So wollten die einen nicht, daß das Kind die Schule versäume, und die anderen gaben als Grund „Heimweh“ an. Ferner befand sich in der Mehrzahl der Fälle ein Offentuberkulöser im Haushalt, sodaß die Kinder dauernd der Infektionsgefahr ausgesetzt blieben.

Asoziales Verhalten zeigen auch folgende Fälle:

1. Fall. 7-köpfige Familie bewohnt im eigenen Haus den ersten Stock. Frau A. M. hat offene Tuberkulose. Wegen Streitigkeiten mit der Nachbarschaft zieht die Familie in eine andere Wohnung. Als sie nach $1^1/_2$ Jahren in ihr Eigenhaus zurück will, aber die Etage nicht frei bekommt, bezieht die Famile einen ganz ungesund gelegenen und z. Z. von Hochwasser bedrohten Raum im Erdgeschoß des Hauses.

2. Fall. Familie B. — Mutter (M. B.) offene Tuberkulose — hat 2 Zimmer vermietet und ist lange Zeit nicht zu bewegen, eins der vermieteten zwei Zimmer der tuberkulösen Mutter als gesonderten Schlafraum zu belassen.

3. Fall. Tochter F. B. verzichtet auf Heilstättenkur, um - nach Angabe der Mutter – sich das Geld für ein Tanzkleid zu sparen. Im vergangenen Jahre war die Tochter wegen offener Tuberkulose

in einer Heilstätte gewesen, wo ihr eine Wiederholungskur dringend empfohlen wurde.

4. Fall. Frau H. R., offene Tuberkulose, schläft mit dem Mann zusammen in einem Bett. Die Fürsorge stellt ein Bett zur Verfügung, aber die Kranke verweigert die Annahme und will ein „neues" Bett. Da dies in absehbarer Zeit nicht zu beschaffen war, gefährdete sie ihre Familie weiter.

5. Fall. Bäcker und Konditor K. A., offene Tuberkulose (Bazillen ++, elastische Fasern +, B. K. S. 41 mm) will nichts von der Lungenfürsorge wissen. Wird dauernd im Geschäft beobachtet. Erst als ihm mit der Schließung seines Geschäftes durch die Gesundheitspolizei gedroht wird, kommt er zur Untersuchung.

Ganz ähnlich lagen die Verhältnisse bei einem Tuberkulösen, der mit einem Eiswagen durch die Straßen zog und erst nach zwei Monaten in der Lungenfürsorge erschien, nachdem man ihm den Eisverkauf untersagt hatte.

6. Fall. Familienvater G. F., zeitweise offen tuberkulös, mißhandelt, ganz unter dem Einfluß seiner zweiten Frau stehend, seine 4 Kinder aus erster Ehe; die zweite Frau ist schmutzig und faul und verrichtet keinerlei Arbeit, die sie ganz einer skrofulösen Stieftochter überläßt. Die Kinder bekommen nicht das notwendigste Essen, sodaß eins der Stiefkinder, das eine Hilus-Tbc. hat, gänzlich unterernährt ist und in der Schule nicht zu folgen vermag. Die Eltern sollen sich allabendlich im Kino, Theater und bei Tanz vergnügen. Anläßlich eines Hausbesuches fand die Fürsorgeschwester ein luftiges Schlafzimmer mit 2 weißgedeckten Betten für die Eltern vor, während die 6 Kinder in einer kleinen Mansarde in 2 Betten, die mit schmutzigem Zeug belegt waren, schlafen mußten. Die Folge war, daß zwei der Stieftöchter das Haus verließen, sich nachts mit Männern auf Tanzlustbarkeiten herumtrieben und sittlich verwahrlosten. Auf Grund des § 1666 wurden sie der Fürsorgeerziehung überwiesen, und für die zwei anderen Stieftöchter wurde Schutzaufsicht angeordnet. — Es liegt auf der Hand, daß in einem solchen Verhalten eines tuberkulösen Vaters eine vielseitige Gefahr liegt, sowohl für ihn selbst als auch ganz besonders für seine Kinder und die Umwelt.

Zuletzt seien noch einige Beispiele von tuberkulösen Untermietern angeführt:

1. Frau J. H., offen tuberkulös bis zur Anlage eines Pneumothorax, bewohnte längere Zeit mit einer „Freundin" ein Zimmer und schlief mit ihr in einem Bett. Die Kranke beherrschte ganz ihre Freundin,

ließ sie arbeiten und betteln, um sich von dem Geld Wein und Schnaps kaufen zu können. Sie selbst sagte mir, sie wäre schon lange nicht mehr zum Nachfüllen des Pneumothorax zur Lungenfürsorge gekommen und ginge auch nicht mehr hin, da sie ja doch keine Milch bekäme. Diese war ihr wegen ihres Verhaltens versagt worden.

2. E. P., Morphinist, zeitweise offene, zeitweise geschlossene Tuberkulose, bezog immer wieder ein anderes Zimmer. Einmal teilte er es noch mit zwei anderen, dann hielt er sich bei einer früheren Pflegemutter auf, in deren Haushalt ein 6-jähr. Enkelkind war; danach bezog er wieder ein möbliertes Zimmer bei einer Familie mit mehreren Kindern. Auch sonst zeigte der Kranke ein wenig verantwortungsvolles Verhalten; ungeachtet seines Zustandes rauchte er 20 Zigaretten am Tage, zweimal brach er die Kur in der Heilstätte gegen ärztlichen Rat ab; in beiden Fällen lag eine offene Tuberkulose vor, offene knotige, kleinkavernöse Tuberkulose und Pneumothorax links bzw. eine offene produktiv-fibröse Tuberkulose, Zustand nach Ablassen des beiderseitigen Pneumothorax. Es besteht der Verdacht, daß er drei Kinder von Familien, bei denen er wohnte, angesteckt hat.

Aus den angeführten Beispielen sieht man, welch ungeheure Gefahren ein uneinsichtiges, verantwortungsloses Verhalten mit sich bringt und wie notwendig Zwangsmaßnahmen zum Schutze der Allgemeinheit erscheinen.

Diese Beispiele aus der Bonner Lungenfürsorge seien im folgenden durch einige andere Beispiele ergänzt, die mir Herr Medizinalrat Dr. Basten aus seiner früheren Tätigkeit im Landkreis freundlicherweise zur Verwertung überlassen hat.

1. L. hat schwere offene Tuberkulose; er kam in ein Invalidenheim, das er aber bald wieder verließ. Er lebte nun mit seiner Frau und seinen beiden Kindern weiter zusammen und infizierte sie. Die Frau starb nach einiger Zeit an Tuberkulose, die Kinder erkrankten an Hilus-Tbc. und befinden sich jetzt nach Ausheilung der Tbc. im Waisenhaus. Die Absicht dieses Mannes, trotzdem eine zweite Ehe einzugehen, kennzeichnet ihn als einen Typ, der es an jeglichem Veranwortungsgefühl fehlen läßt.
2. G. S. leidet an offener Tuberkulose und ungeachtet seines Zustandes gibt er sich dem zeitweise übermäßigen Alkoholgenuß hin. Als unausbleibliche Folge seines Lebenswandels läßt er jede Sorge für

seine Familie vermissen mit dem Ergebnis, daß seine Frau infiziert wurde, 2 Kinder im Säuglingsalter an tuberkulöser Meningitis starben und seine 4 noch lebenden Kinder schwach und unterernährt sind. Uneingedenk der ihm mit erheblichen öffentlichen Mitteln bereits zuteil gewordenen Hilfe — seine Kinder waren wiederholt an der Ostsee, Betten wurden zur Verfügung gestellt —, lehnt er sich gegen die fürsorgerische Betreuung auf.

3. 10-jähriger Junge, H. B., hat schwere offene Tuberkulose. Der Vater, der über den bedenklichen Zustand seines Kindes und dessen Infektiosität in Kenntnis gesetzt war, ließ den schwächlichen Knaben ruhig zur Schule gehen und sorgte auch sonst nur in ungenügender Weise für ihn. Hin und wieder ging er mit ihm zum Homöopathen. Als später die ganze Klasse untersucht wurde, fiel bei rund 80% der Kinder die Moroprobe positiv aus; der Durchseuchungsgrad war bedeutend höher als gewöhnlich. Ein Kind starb im Lauf der Zeit an Tuberkulose, und bei einem weiteren Schüler wurde auch noch offene Tuberkulose festgestellt. Dieser Schüler zeigte sich allerdings bei weiterer Nachforschung „familiär belastet".

Auch in Berufen, die ein gesteigertes Zusammensein mit anderen Menschen mit sich bringen, gibt es Tuberkulöse, denen jedes soziale Gefühl abgeht; dies möge folgendes Beispiel von Krutzsch zeigen:

Ein Lehrer kommt zum Arzt und klagt über Mattigkeit, Schweiße, Husten und Auswurf. Seine Kollegen und Schüler behaupteten, er spucke auf den Boden und nicht in den Spucknapf. Es wurde Tuberkulose festgestellt. Der Aufforderung, Sputum zu bringen, wollte er nicht nachkommen und begründete das damit, daß er bei positivem Bazillenbefund nicht unterrichten dürfe, ihm sein Gehalt gekürzt würde, das er zum Unterhalt seiner Familie brauche, und daß er kein Interesse daran habe zu wissen, daß er ein Offentuberkulöser sei.

Eine andere Gruppe von Menschen, die als Tuberkulöse sich selbst und anderen eine Gefahr sind, stellen die Wanderer, Landstreicher, Hausierer, Schausteller auf den Märkten dar. Denn ohne Zweifel finden sich unter den erstgenannten viele, denen der Sinn für geregelte Arbeit abhanden gekommen ist, die also auch in gewisser Beziehung asozial sind. Auf der Wanderschaft selbst, beim Betteln in Häusern und besonders beim Übernachten in den Asylen und Herbergen sind sie dann

eine ständige Infektionsquelle. Ferner gibt es eine Reihe Lungenkranker, die eine Abneigung gegen Anstaltsbehandlung haben und glauben, die Gegend allein bringe ihnen Heilung, da sie sich nicht so krank wähnen, und diese wohnen dann in Privatquartieren und denken nicht daran, wie viele Menschen sie dadurch der Ansteckung aussetzen.

Die erörterten Beispiele stellen uns klar und deutlich die große Gefahr durch die asozialen Elemente vor Augen. Auch erkennen wir, daß man mit den bisher bestehenden Maßnahmen in solchen Fällen nicht auskommt, sondern daß es hier gesetzlich fundierter Zwangsmaßregeln bedarf. Und gerade diese fehlen uns hier noch. Immer wieder wird von den verschiedensten Seiten auf die Notwendigkeit eines gewissen Zwanges, z. B. auf die sogenannte Zwangsisolierung, hingewiesen.

Daß solche Zwangsmaßnahmen durchführbar und auch anscheinend nicht ohne Erfolg sind, zeigt das Beispiel anderer Länder. Nachahmenswert erscheint mir der Versuch im Haag in Holland zu sein, auf solche asozialen Familien erzieherisch einzuwirken. Es besteht dort ein Häuserblock aus 106 Einfamilienwohnungen, die in 3 Klassen, I., II. und III., geordnet sind. Die Wohnungen der III. Klasse bilden den Kern des Blockes, von dem aus 5 Straßen strahlenförmig zur Peripherie laufen. Ganz im Zentrum liegt ein Übersichtsgebäude mit einem Beamten, der die ständige Aufsicht über die Wohnungen zu führen hat. Auch die Bewohner der II. Klasse müssen den Haupteingang der Anlage passieren, stehen aber nicht mehr unter der zentralen Kontrolle. Die Insassen der I. Klasse wohnen an der öffentlichen Straße und sind ganz frei. Die Leute kommen zunächst in die III. Klasse, und wenn sie sich den gestellten Verhaltungsmaßregeln angepaßt haben, in die II. und bei weiterer Erprobung in die I. Klasse. Eine Rückversetzung in die III. Klasse ist möglich, aber davor besteht eine gewisse Scheu. Diese Siedlung wird im Winter um 9 Uhr abends, im Sommer um 10 Uhr abends geschlossen.

Ferner möchte ich die Klinik von Prof. Bernard in Paris nicht unerwähnt lassen. Die offentuberkulösen Graviden sind in der Fürsorge verpflichtet, ihr Kind unmittelbar nach der Geburt dem „Oeuvre Bernard“ zu übergeben. Ebenso sind die Frauen in den Gebärkliniken dazu verpflichtet. In der Landkolonie des Oeuvre Bernard werden die Kinder bei Pflegeeltern unter fürsorgeärztlicher Überwachung aufgenommen. Die Kinder, die schon mit einer Infektionsquelle in Berührung gekommen sind, werden auch vom Fürsorgearzt dem Oeuvre Bernard übergeben und in einer besonderen Abteilung genau untersucht. Ist die Prognose gut, dann werden sie doch dem „Placement familial“ zugeführt.

Ganz besonders interessant dürften die Gesetze und Verordnungen sein, die vom Departement für öffentliche Gesundheit in dem amerikanischen Staate Illinois schon im Jahre 1918 erlassen sind. Man unterscheidet dort bei den Sanierungsmethoden zwischen „freundlicher Schlichtung“, Besuch des Quarantänebeamten, der Polizeigewalt hat, Plakatierung und endlich zwangsweiser Hospitalisierung. Bei der freundlichen Schlichtung, die schon in 95 % der Fälle erreicht wird, wird der Kranke entweder in einem Sanatorium untergebracht, oder er muß in eine Wohnstätte umsiedeln, wo keine Kinder sich aufhalten, oder, wenn er Kinder hat, werden diese in ein Präventorium bei Freunden oder Verwandten überführt. Wenn der Fürsorgearzt und die Bezirksfürsorgerinnen bei der freundlichen Schlichtung keinen Erfolg gehabt haben, kommt es zu Zwangsmaßnahmen, denn der Fall ist unzulänglich „non cooperative“. Der Quarantänebeamte mit dem „Stern“ des Gesundheitsdepartements besucht die Familie; oft erreicht er es, daß der Betreffende sich fügt. Sonst kommt es, wenn keine Kinder im Haushalt sind, also eine Hospitalisierung nicht unbedingt notwendig ist, zur Plakatierung. Das Haus wird mit einem roten Plakat in schwarzer Inschrift: „Tuberkulose!“ — „Fernhalten!“ versehen. Die Zwangshospitalisierung ordnet der Gesundheitskommissar an; im Krankenwagen wird der

Patient, wenn nötig mit Gewalt, zum Hospital gebracht. Der Patient muß nun so lange in einer sorgfältig bewachten Abteilung des „Country Hospital“ bleiben, bis die häuslichen Verhältnisse den gesetzlichen Vorschriften entsprechen. Am 1. 11. 1928 waren von 3199 Offentuberkulösen nur 25 in Kontakt mit Kindern; und diese Fälle wurden bearbeitet. 1927 waren 2154 Kinder in einer einwandfreien Umgebung untergebracht worden; die Zeit bis zur Entfernung betrug 3 Wochen. 26mal war es hier zur Zwangshospitalisierung gekommen. Auch wenn Kranke aus dem Sanatorium entlassen werden, wird erst der Fürsorge dies mitgeteilt. Sind nämlich Kinder in der Familie, so wird der Patient in Kenntnis gesetzt, daß ein Zurückkehren nach Hause vorläufig nicht erlaubt sei. Bei Weigerung wird ihm mit der Zwangsüberweisung ins „Country Hospital“ gedroht, was den Betreffenden schon meist im Sanatorium zurückhält bis zur Entfernung der Kinder.

Noch eine ganze Reihe anderer Länder verfügt über solche Zwangsmaßnahmen. Im Staate New York gibt es zwangsweise Überführung und auch zwangsweise Zurückhaltung im Krankenhaus, falls der Erkrankte für seine Umgebung außerhalb des Krankenhauses eine Gefahrenquelle darstellt. Ferner besteht dort obligatorische Sputumuntersuchung. Auch in Japan ist zwangsweise Aufnahme in ein Sanatorium möglich. — Norwegen verfügt schon seit 1900 über ein Gesetz, das die zwangsweise Isolierung der asozialen Tuberkulösen ermöglicht.

Von deutschen Ländern sind es Anhalt, Baden, Bayern, Lippe-Detmold und das Saargebiet, die über ähnliche Zwangsmaßnahmen verfügen. Obwohl also die Zwangsmaßnahmen kein gesetzgebundenes Novum sind, entbehren wir ihrer hier im Rheinland und noch in anderen Gebieten Deutschlands. Es ist nicht richtig, daß man tatenlos zusieht, wie diese asozialen Elemente Kinder und Erwachsene anstecken und viele Familien ins Unglück stürzen. Und den Fürsorgestellen bleibt in Ermangelung gesetzlicher Hilfsmittel

hierbei nichts anderes übrig, als den Dingen freien Lauf zu lassen, nachdem ihre fürsorgerischen Bemühungen gescheitert sind. Und doch hat die Allgemeinheit ein Recht, sich vor solchen böswilligen Kranken geschützt zu wissen.

Im Mittelalter schon ist trotz primitiver Erkenntnisse und Hilfsmittel die restlose Ausrottung der europäischen Lepra nur durch strengste Isolierung der Seuchenherde gelungen. Und obwohl die Verbreitungsart der Tuberkulose heute genügend bekannt sein dürfte, versucht man immer noch, ohne Zwang auszukommen; aber im Interesse des Volksganzen liegt es, wenigstens gegen die Unbelehrbaren und Böswilligen mit der nötigen Strenge vorzugehen.

Nach § 14 des Reichsgesetzes betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten vom 30. 6. 1900 ist für Kranke und krankheits- oder ansteckungsverdächtige Personen eine Absonderung möglich. Aber nach § 1 des gleichen Gesetzes gehört die Tuberkulose nicht zu diesen Krankheiten. Auch das Gesetz zur Bekämpfung der Tuberkulose vom 4. 8. 1923, das jede ansteckende Erkrankung und jeden Todesfall an Tuberkulose als meldepflichtig vorschreibt, hat in dieser Beziehung keine Änderung geschaffen. Auch mit Hilfe polizeilicher Verordnungen kann eine Absonderung nicht durchgeführt werden. Handelt es sich um Minderjährige, so kann die Fürsorgestelle auf Grund der §§ 1666 und 1838 des BGB einen Antrag auf Entzug der elterlichen Gewalt stellen, wenn der Minderjährige durch die Eltern gefährdet ist oder er selbst eine Gefahr für andere bildet, und die Eltern nicht in der Lage sind, diesen Zustand zu beseitigen. Das Vormundschaftsgericht bestimmt dann einen Pfleger, der einen anderen Aufenthaltsort für das Kind bestimmt und darauf achten muß, daß aus dem Verkehr mit den Eltern keine weitere Gefahr erwächst. Bei Nichtbeachtung dieser Forderung kann die ganze Maßnahme umsonst gewesen sein, wie das folgende Beispiel von Ickert zeigt:

„Ein chronischer Schwindsüchtiger, arbeitsunfähig, benimmt sich absichtlich unvorsichtig. Seine Frau hat sich mit dem Kind von ihm getrennt. Er holt das Kind zurück. Die Fürsorgestelle veranlaßt das Vormundschaftsgericht, dem Vater das Sorgerecht zu entziehen; er hat aber die Erlaubnis bekommen, für einige Stunden am Tage das Kind zu sehen. Die Folge davon ist, daß er es morgens früh schon bei seiner Frau abholt und es abends erst zurückbringt. Das Kind bekommt schwere Drüsentuberkulose."

Hält das Vormundschaftsgericht einen Verbleib des Kindes in der bisherigen Umgebung für unmöglich und liegt Verwahrlosung vor, so kann der Minderjährige nach § 62 des Reichsgesetzes für Jugendwohlfahrt der Fürsorgeerziehung überwiesen werden. Es ist also möglich, auf Grund des § 1666 des BGB und des § 62 des RJWG Minderjährige aus dem Haushalt Offentuberkulöser zu entfernen und für fahrlässige und böswillige offentuberkulöse Minderjährige Fürsorgeerziehung wegen sittlicher Verwahrlosung zu beantragen. Aber die Durchführung der Entfernung der Kinder ist vom Standpunkt des Richters abhängig, der oft mit dem des Arztes nicht vereinbar ist. Braeuning legt im Folgenden die bei einer Besprechung mit den maßgebenden Dienststellen gewonnene Ansicht eines Richters dar: „Zwangsweise Entfernung des Kindes sei nur möglich bei erwiesener Schuld der Eltern; aber wenn ein persönliches Moment dagegen spricht, auch dann nicht, wenn z. B. die phthisische Mutter sagt, sie würde sich das Leben nehmen. Es sei auch nicht immer ein schuldhaftes Vergehen, wenn die Eltern aus Unverstand oder falscher Liebe zu ihren Kindern die Anordnungen der Fürsorgestelle nicht befolgen."

Braeuning hält die Entfernung der Kinder aus erzieherischen Gründen für notwendig und verlangt, daß künftighin die Entscheidung der zwangsweisen Entfernung im Interesse der Seuchenbekämpfung dem zuständigen Fürsorgearzt anheimfällt und nicht dem Richter, genau so, wie der Kreisarzt die Isolierung bei Typhus, Pocken usw. anordnet.

Auch die Gesetze, die die Sozialversicherung betreffen,

verfügen nur über „Kann"-Vorschriften zwecks Absonderung in einem Krankenhaus. Durch ein Gesetz muß erst die Möglichkeit der Zwangsisolierung geschaffen werden. Einer strafrechtlichen Beurteilung kann der Offentuberkulöse verfallen, der vorsätzlich die Absperrungs- und Aufsichtsmaßregeln der Behörde zur Verhütung des Einführens oder Weiterverbreitens einer ansteckenden Krankheit verletzt (StGB § 327 R), und besonders, wenn dadurch ein anderer infiziert worden ist (fahrlässige bzw. vorsätzliche Körperverletzung), was sogar Schadenersatzpflicht zur Folge haben kann. Aber bei dem Fehlen behördlicher Zwangsmaßnahmen sollte die Gefahr, straffällig zu werden, für die Patienten genügend Veranlassung sein, sich freiwillig in ein Krankenhaus zu begeben.

Welcher Art von besonderen Zwangsmaßnahmen bedarf es nun, um die Asozialen soweit wie möglich zu erfassen und unschädlich machen zu können? Es ist klar, daß dazu auch solche Zwangshandhaben erforderlich sind, durch welche auch die Personen betroffen werden, die in ihrem sozialen Denken und Empfinden ein verantwortungsvolles Verhalten für selbstverständlich erachten. Wenn vielleicht manchmal die Zwangsabsonderung sämtlicher Offentuberkulöser wünschenswert erscheinen mag, so ist das wohl kaum möglich und auch nicht immer notwendig, wenn in der eigenen Häuslichkeit Sanierungsmöglichkeiten ausreichend vorhanden sind. Um so mehr ist dies aber bei den verantwortungslosen ansteckungsfähigen Tuberkulösen erforderlich. Schon auf dem Fürsorgestellentag in Berlin im Jahre 1919 wurde von Blümel und Kayserling die Zwangsisolierung erwähnt.

Wie soll sich nun die Zwangsabsonderung gestalten? Welches sind ihre Vorteile? Neben der Zwangseinweisung muß selbstverständlich auch eine Zwangsfesthaltung möglich sein; für die Antisozialen käme daher eine lebenslängliche Isolierung in Frage. Wo sollen aber diese asozialen Elemente untergebracht werden? Es erscheint zweckmäßig — wie Dr. Landau (Magdeburg) auch vor-

schlägt —, die Asozialen in Krankenhäusern unterzubringen und die Antisozialen in Gefangenenanstalten mit Tuberkulose-Abteilung als verschärftem Grad der Asylierung. Für Preußen gibt es jetzt bereits im Gerichtsgefängnis Glatz und im Zuchthaus in Sonnenburg besonders hergerichtete Tuberkulose-Abteilungen für tuberkulöse Strafgefangene. Wer nun böswillig ein gesetzwidriges, verantwortungsloses Verhalten zeigt und dadurch eine gemeingefährliche Infektionsquelle bildet, stellt sich eigentlich den Sträflingen gleich und verdient daher auch, nicht anders als diese behandelt zu werden. Es müßten natürlich noch anderweitig für größere Provinzial- und Länderverbände geeignete Gefangenenanstalten als Tuberkulose-Verwahranstalt entsprechend ausgebaut werden. — Was die tuberkulösen Strafgefangenen selbst anbetrifft, die ja zum größten Teil zu den sozial Minderwertigen gehören, so ist bei ihnen Haftunfähigkeit nur im Notfall zu befürworten. Nach Hellstern ist das nur sehr selten nötig. — Damit die Absonderung für die Isolierten auch von Erfolg und zum Nutzen ist, müssen Fürsorgestelle und Krankenhaus zusammenarbeiten. Die Fürsorgestelle muß darauf bedacht sein, daß sie durch möglichst schnelle Änderung der häuslichen Verhältnisse eine baldige Rückkehr des Betreffenden ermöglicht. Im Krankenhaus selbst wäre eine allmähliche Erleichterung in der Form der Absonderung nützlich. Bei der Durchführung der Zwangsasylierung, die am besten von einem Beamten mit Polizeigewalt — ähnlich dem Quarantänebeamten in Amerika — durchgeführt wird, wird man auch auf Schwierigkeiten stoßen. So berichtet Kreuser (Saarbrücken), daß einige vor der Asylierung stehende Personen sich unauffindbar vom Wohnort entfernt haben, oder daß es zu einem wahren Aufruhr bei der Abholung gekommen sei. Auch während des Aufenthaltes im Krankenhaus kann es zu einem Fluchtversuch kommen. Daher sind besondere Abteilungen für solche Asoziale erforderlich.

Im Folgenden sei nun näher auf die Verhältnisse in

Thüringen eingegangen, wie sie Heisig (Weimar) auf der Tuberkulose-Tagung in Bad Kreuznach im Sommer 1935 und auch im Reichstuberkuloseblatt von 1934 geschildert hat. Thüringen verfügt seit dem 18. September 1930 über gesetzliche Unterlagen zur zwangsweisen Absonderung und besitzt dank der Anregung und Tatkraft des Ministers Dr. Frick seit dem 15. Oktober 1934 eine besondere Station für die Unterbringung der Tuberkulosen. Die Thüringische Landesseuchenordnung besagt in § 22:

I. „Die Absonderung von Personen ist tunlichst in deren Wohnung durchzuführen. Ist dies nach den Verhältnissen nicht möglich, so ist zunächst durch gütliche Vorstellung zu erstreben, daß die abzusondernde Person sich freiwillig in das Krankenhaus begibt. Dies gilt namentlich von solchen Personen, die in engen, dicht bewohnten Häusern, in öffentlichen Gebäuden oder in solchen Wohnungen sich befinden, die nahe an Betrieben zur Abgabe von Milch, an Speisewirtschaften und sonstigen Lebensmittelbetrieben liegen, ferner von solchen Personen, die mangels besonderer Pfleger oder Pflegerinnen von ihren Hausgenossen gepflegt werden müssen.

II. Werden auf Erfordern des Gemeindevorstandes in der Wohnung des Kranken die nach dem Gutachten des beamteten Arztes zum Zwecke der Aosonderung notwendigen Einrichtungen nicht getroffen, oder können sie nicht getroffen werden, so kann, falls der beamtete Arzt es für unerläßlich hält und der behandelnde Arzt es ohne Schädigung des Kranken für zulässig erklärt, die Überführung des Kranken in ein geeignetes Krankenhaus oder in einen anderen geeigneten Unterkunftsraum angeordnet werden.

III. Ansteckungsverdächtige Personen, die obdachlos und ohne festen Wohnsitz sind oder berufs- oder gewohnheitsmäßig umherziehen, sind bis zur Genesung in einem Krankenhaus abzusondern.“

Wenn auch dieser Paragraph zur Rechtfertigung der Zwangsmaßnahmen nicht ausreicht, kann noch der § 32 der

Landesverwaltung herangezogen werden:

„Die Verwaltung hat als Polizei die Aufgabe, der Gesamtheit oder dem Einzelnen bevorstehende Gefahren abzuwehren, durch die die öffentliche Ruhe, Sicherheit und Ordnung gestört werden."

Dieser letzte Paragraph gilt besonders für die, die zu Hause vielleicht genügend saniert sind, aber außerhalb ein verantwortungsloses, rücksichtsloses Leben führen, Kneipen und Tanzböden aufsuchen, häufig wechselnde Liebschaften unterhalten usw. Bei der Absonderung der asozialen Kranken, die bis 1934 in Krankenhäusern erfolgte, kam es auch zu Fluchtversuchen, oder die Kranken verstießen gegen die Hausordnung und mußten so disziplinarisch entlassen werden. Beides ist nun in den Landesheilanstalten Stadtroda, wo zwei Häuser für absonderungsbedürftige Tuberkulöse eingerichtet sind, nicht mehr möglich. Fenster sind vergittert, Türen werden verschlossen. Symptomatische und Pneumothoraxbehandlung werden hier durchgeführt. Chirurgische Eingriffe werden in dem Krankenhaus oder in einer Heilstätte vorgenommen. Für jede Abteilung steht je ein Pfleger oder eine Pflegerin zur Verfügung und für alle Abteilungen ein Oberpfleger, der in der Aufsicht asozialer Personen besonders erfahren sein muß. Neben den Antisozialen (Alkoholiker, Psychopathen, Prostituierte), den Asozialen, uneinsichtigen alten Leuten und Invaliden, die oft die Kinder hüteten, neben obdachlosen Offentuberkulösen und Landstreichern sind auch solche dort, bei denen die häuslichen Verhältnisse eine genügende Sanierung nicht zuließen, die aber sofort entlassen werden, sobald die notwendigen Vorkehrungen zu Hause getroffen sind.

Brechen in Heilstätten oder Krankenhäusern Patienten die Kur eigenmächtig ab, so werden die Betreffenden nach Stadtroda überführt, wenn der Fürsorgearzt oder Kreisarzt eine weitere Absonderung für notwendig hält. Kranke, die sich hier der Hausordnung widersetzen, werden von beson-

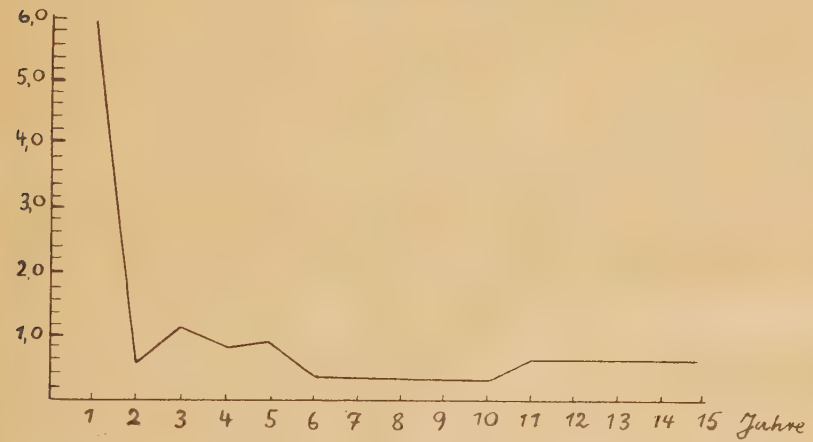
deren Vergünstigungen, wie Verweilen im gemeinschaftlichen Aufenthaltsraum bei Radiounterhaltung und sonstigen Darbietungen, ausgeschlossen und erhalten als ultima ratio Einzelhaft in kleinen zweibettigen Zimmern. — Der Pflegesatz pro Kopf und Tag beträgt in Stadtroda für eine Schutzverwahrung Rm. 2,44.

Bis heute steht Thüringen noch allein da, das über eine besondere Abteilung für Zwangsisolierung verfügt. Der Erfolg einer Zwangsisolierung liegt darin, daß eine vollkommene, zeitlich unbegrenzte Trennung des Seuchenherdes aus seiner Umgebung gelungen ist.

Wenn es bei uns vorläufig zu dieser Art von Zwangsmaßnahmen nicht kommen sollte, so wäre wenigstens zu versuchen, die arbeitsunfähigen Offentuberkulösen tagsüber in Liegehallen unterzubringen, die arbeitsfähigen in einer geeigneten Beschäftigungsstelle für Offentuberkulöse, wie sie z. B. in New York und London bestehen. Denn Geissler (Karlsruhe) hat festgestellt, daß die Zahl an Infektionen (33,3 % gegen 76,5 %) und an Sterbefällen (16 % : 24 %) viel geringer war, wenn der Offentuberkulöse mehr als die Hälfte des Tages nicht in der Familie war. Um die Betreffenden gefügig zu machen, dürfte man ihnen irgendeine Unterstützung nur dann gewähren, wenn sie diese Einrichtungen auch besuchen. Wird aber auch auf diese Weise keine erfolgreiche Änderung geschaffen, so muß wenigstens die Absonderung der Kinder, besonders der Säuglinge, aus einem offentuberkulösen Milieu gefordert werden. In manchen Fällen ist es ja — wie bereits erwähnt — auf Grund des § 1666 des BGB möglich. Die infizierten und nichtinfizierten Kinder müssen fort und jeweils in entsprechenden Anstalten untergebracht werden. Eine freiwillige Trennung wird eher dort gelingen, wo die Mutter selbst infolge schwerer Erkrankung das Kind nicht pflegen kann, oder in den Familien, die vielleicht schon ein Kind an Tuberkulose verloren haben. In anderen Fällen, wo der Offentuberkulöse nicht ge-

willt ist, selbst in ein Krankenhaus zu gehen, muß eben vor allem der Säugling aus der Häuslichkeit entfernt werden. Wie groß die Tuberkulosesterblichkeit ist, wenn die Exposition schon im Säuglingsalter einsetzt, zeigt Braeuning in der nachstehenden Kurve.

Wenn dazu noch unvorsichtiges Verhalten des betreffenden Offentuberkulösen kommt, so ist es klar, daß das Ergebnis sich wohl noch ungünstiger gestalten würde.



Größte Sterblichkeit im 1. Lebensjahr = 1. Jahr der Exposition, und zwar das 30,5-fache der Sterblichkeit der Gesamtbevölkerung.

Das Pariser „Oeuvre Grancher“ hat es sich zur Aufgabe gemacht, solche gefährdeten Kinder in gesunden ländlichen Familien unterzubringen; es verfügt über 14 Orte bzw. Landschaften zu diesem Zweck, Foyers oder Centres d'élevage genannt; Bernard und Debré haben besondere Zentren für das Säuglingsalter geschaffen. Nach diesem Vorbild ist auch die Kinderkolonie Adelsberg bei Chemnitz ins Leben gerufen, in der die Kinder wenigstens 1 Jahr bleiben und wo auch die Möglichkeit der Teilnahme am Schulunterricht besteht. Werden Kinder bei sogenannten Zieheltern untergebracht, so

müssen diese sowohl wie das Ziehkind tuberkulosefrei sein; im anderen Fall muß eine Aufhebung des Pflegeverhältnisses durch das Jugendamt möglich sein.

Wenn auch durch die seit 1923 bestehende Meldepflicht der ansteckenden Tuberkulosefälle und des Wohnungswechsels viel erreicht werden dürfte, so bedarf es doch zur vollständigen Erfassung und Unschädlichmachung der asozialen Tuberkulösen noch anderer Zwangshandhaben. Ist der Offentuberkulöse gemeldet, wozu außer dem behandelnden oder Fürsorge-Arzt auch der Haushaltsvorstand und die Pflegeperson des betreffenden Kranken, gegebenenfalls auch der Vermieter verpflichtet sein müßten, so müßte dann die Möglichkeit der zwangsweisen Untersuchung der Umgebung des Betreffenden als auch des Kranken selbst bestehen, und ganz besonders, wenn es sich um Böswillige handelt. Der Kranke muß Auskunft erteilen, muß die Maßnahmen zwecks Diagnosestellung — Sputumuntersuchung, Blutprobe — auf sich nehmen; nötigenfalls auch mit Hilfe der Gesundheitspolizei. Die Familienangehörigen müssen ebenfalls für sich eine notwendige Untersuchung und eventuelle Weiterbeobachtung gestatten, um die Bildung neuer Seuchenherde zu verhindern. Ist nun eine ansteckende Tuberkulose festgestellt und zeigt der Betreffende ein verantwortungsloses Verhalten, so müßte ein Durchbruch der beruflichen Schweigepflicht, wie ihn das höhere Allgemeininteresse fordert und wie er beispielsweise in der Bonner Lungenfürsorge bereits praktisch durchgeführt wird, allgemein möglich sein. Wenn die Gefahr der Weiterverbreitung der Krankheit besteht, müssen Arzt und Lungenfürsorgestelle berechtigt sein, den Vermieter — besonders bei ledigen Untermietern, die ja meist ein Zimmer in der gleichen Wohnung der Vermieter haben —, die anderen Wohnungs- und Hausgenossen, die Familienangehörigen, Berufsgenossen usw. davon in Kenntnis zu setzen. Ferner wäre die polizeiliche Feststellung der Arbeitsstätte wünschenswert, denn es gibt viele Berufe, in denen

ein solcher Seuchenherd von größter Gefahr ist. Denn es sind derer nicht wenige, die jede ärztliche Überwachung ablehnen aus Furcht, den Arbeitsplatz zu verlieren, und so oft jahrelang unerkannt ihrem Berufe nachgehen. Wenn man in manchen Fällen auch ein solches Verhalten verstehen kann, so ist den Betreffenden aber doch das soziale Empfinden und Gefühl abzusprechen.

Welche Berufe sind es, die eine besondere Gefahr bezüglich der Verbreitung der Krankheit bedeuten, wenn die betreffenden Tuberkulösen sich unvorsichtig oder sogar verantwortungslos verhalten? Für die Personen, die in der Krankenpflege bzw. -behandlung, bei der Herstellung und beim Vertrieb von Lebensmitteln, im Lehr- und Erziehungsberuf tätig sind, sind Sonderbestimmungen notwendig, die allerdings gerade hier viele derjenigen treffen werden, die von sich aus sich einwandfrei verhalten würden. Für einen kleinen Teil des Nahrungsmittelgewerbes ist insofern eine Regelung getroffen, als nach § 13 des Milchgesetzes vom 31. 7. 1930, das seit 1932 in Kraft getreten ist, Personen, die an Typhus, Paratyphus, Ruhr oder offener Tuberkulose leiden, weder bei der Gewinnung der Milch, noch sonst im Verkehr mit Milch in einer Weise tätig sein dürfen, die die Gefahr mit sich bringt, daß Krankheitserreger auf andere übertragen werden. Bei Wiederaufnahme einer solchen Tätigkeit ist die Genehmigung der Ortspolizei und des Kreis-(Amts-)Arztes erforderlich. Ferner müßten hier die Maßnahmen schon oft bei allen geschlossenen Tuberkulösen einsetzen, als bei ihnen eine mindestens 1 bis 2 Jahre sich wiederholende amtsärztliche Untersuchung zu fordern wäre. Dies setzt die gewissenhafte und restlose, bis an die Grenze ihrer praktischen Ausführbarkeit reichende Durchführung der Meldepflicht auch aller geschlossenen Tuberkulosefälle voraus, soweit sie nicht bereits durch die bestehende gesetzliche Meldepflicht berührt wird. Eine solche Meldepflicht besteht in der Türkei schon seit 1894, in Spanien seit 1901, in England seit 1912 und in Dänemark seit 1905. Bei den

offenen Tuberkulösen muß dann Berufswechsel eintreten — falls nicht freiwillig, dann zwangsweise —, wenn sie nicht ganz den Beruf aufgeben. Bedingung ist natürlich, daß die Öffentlichkeit den Betroffenen unterstützt, sodaß er und seine Angehörigen nicht dadurch in wirtschaftliche Schwierigkeiten kommen, weil es sonst gerade zur Verheimlichung der Tuberkulose kommen würde. In Dänemark z. B. müssen die Lehrer den Nachweis erbringen, daß sie keine offene Tuberkulose haben; sonst werden sie wie ähnliche Beamte mit $^2/_3$ des Entlassungsgehaltes pensioniert; in manchen Fällen käme wohl auch Pensionierung mit vollem Gehalt in Frage. Gleichzeitig bedarf es auch einer obligatorischen Überwachung der Schüler. Offentuberkulöse dürfen am Unterricht nicht teilnehmen, und Wiederzulassung darf nur nach Beibringung eines amtsärztlichen Attestes genehmigt werden. In Greenwich dürfen Kinder aus einem Haushalt, in dem ein Lungenkranker sich aufhält, nur mit Genehmigung des Health Offizier die Schule besuchen. In Lemberg wird der aktiv Tuberkulose nicht zur Hochschule zugelassen.

Speziell für den Straßenhandel mit Lebensmitteln — für Eisverkäufer usw. — käme als Bedingung zur Erlangung des Wandergewerbescheines der attestliche Nachweis in Frage, daß der Betreffende frei von ansteckender Krankheit, insbesondere von Tuberkulose, ist.

Die offentuberkulösen Obdachlosen und auf Wanderung Begriffenen müssen in Krankenhäusern festgehalten werden, um bei bestehender Möglichkeit der Zwangsisolierung dieser zugeführt zu werden, falls es sich um Sozialminderwertige handeln sollte. Eine gute Handhabe bietet die erstmalig für November 1935 angeordnete Untersuchung der Wanderer und Obdachlosen auf Krätze. Solche periodischen Untersuchungen zwecks Bekämpfung der Krätze ließen sich zweckmäßig mit einer Untersuchung auf Tuberkuloseverdacht vereinigen.

Der weiteren Erwägung, ob für die Dauer der Infektiosität eine Familiengründung ansteckungsfähiger Tuberkulöser gesetzlich zu verbieten wäre, besonders bei asozialen und antisozialen Personen, hat bereits das neue Ehegesundheitsgesetz vom Oktober 1935 Rechnung getragen. § 1 des Gesetzes besagt in Absatz a, daß eine Ehe nicht geschlossen werden darf, wenn einer der Verlobten an einer mit Ansteckungsgefahr verbundenen Krankheit leidet, die eine erhebliche Schädigung der Gesundheit des anderen Teiles oder der Nachkommenschaft befürchten läßt. § 2 verlangt die Beibringung eines Ehetauglichkeitszeugnisses. So begrüßenswert das Verbot erscheinen mag, so dürfte seine Auswirkung vorerst abzuwarten sein. Jedenfalls darf wohl mit einem Ansteigen der Zahl unehelicher Kinder tuberkulöser Eltern gerechnet werden.

Wenn man das gesetzliche Eheverbot außer Betracht läßt, so wären all die genannten Maßnahmen jedenfalls ohne Zweifel mit weniger Schwierigkeiten verbunden und vielleicht zum großen Teil auch gar nicht notwendig, wenn die gesetzliche Möglichkeit der Zwangsasylierung bestände. Schon das bloße Vorhandensein einer solchen Handhabe oder aber ihre Androhung wird in den meisten Fällen die Kranken bzw. die Angehörigen gefügiger machen, eine Krankenhausbehandlung auf sich zu nehmen und ein für die Umgebung gefahrloses Leben zu führen. In dieser Hinsicht kann das Reichsgesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten richtunggebend sein. Dieses Gesetz hat die Anwendung einer zwangsweisen Absonderung auf alle Personen ausgedehnt, die als geschlechtskrank oder verdächtig befunden worden sind, die Krankheit weiterzuverbreiten.

Für die antisozialen Offentuberkulösen käme letzten Endes noch die Einbeziehung in das Sterilisationsgesetz in Betracht, das aber auch nur ausnahmsweise angewandt werden dürfte, denn aus eugenischen Gründen zu dieser Maßnahme zu greifen, liegt an und für sich bei der Tuberkulose

keine Berechtigung vor. Es ist heute noch ganz ungeklärt, inwieweit Nachkommen aus tuberkulösen Familien als erblich belastet anzusehen sind.

Für die erfolgreiche Durchführung der Tuberkulosebekämpfung dürfte es von erheblicher Bedeutung sein, wie die Allgemeinheit den Zwangsmaßnahmen gegenüber sich einstellt. Es ist von vornherein damit zu rechnen, daß sie die Zwangsmaßnahmen zunächst verkennt, sie als einen Eingriff in die persönliche Freiheit empfindet und sich ihnen gegenüber somit ablehnend verhält.

Aber gerade in der Verständnislosigkeit der Allgemeinheit mit ihrer mißbilligenden Kritik oder gar feindseligen Haltung gegenüber dem behördlichen Eingreifen liegt eine große Gefahr für die wirksame Durchführung der Tuberkulosebekämpfung. Es gilt daher in erster Linie, die Allgemeinheit zu belehren und aufzuklären, eine erforderliche Zwangsisolierung — gegebenenfalls unter Durchbrechung der Schweigepflicht — öffentlich bekanntzugeben und zu begründen und damit sowohl auf die uneinsichtigen Infektionsträger als auch auf die meist gleichgültige Allgemeinheit erzieherisch einzuwirken.

Die Zwangsmaßnahmen sind langsam und allmählich durchzuführen. Die Allgemeinheit muß den Seuchencharakter der Tuberkulose voll und ganz erfaßt haben und immer wieder darauf aufmerksam gemacht werden, denn viele scheinen immer noch nicht zu wissen, daß ohne vorangehende Ansteckung keine Erkrankung möglich ist, auch wenn die sozialen Verhältnisse noch so ungünstig sind. Ferner muß das Volk wissen, daß nur im Notfall, wenn eine andere Sanierungsmöglichkeit nicht vorhanden ist, zu scharfen Maßnahmen, wie Zwangsisolierung, gegriffen wird, wenn es gilt, einen gemeingefährlichen Seuchenherd unschädlich zu machen. Und der ansteckungsfähige Tuberkulöse selbst muß die Gewißheit haben, daß mit solcher Pflichtanzeige und Pflichtuntersuchung ein Eingriff in seine persönliche Freiheit kaum verbunden ist, und er muß bei erzwungenem Berufswechsel oder erzwungener Berufsauf-

gabe vor wirtschaftlichen Schäden sich geschützt wissen; aber nicht zuletzt muß er wissen, daß bei widersetzlichem Verhalten jeder Anspruch auf Sicherstellung und Unterstützung verloren geht. Wenn das Publikum voll und ganz zu dieser Erkenntnis gekommen ist, wird es selbst gesetzliche Abhilfe verlangen und diese zur Gesunderhaltung und zum Wohle des Volksganzen als unbedingt erforderlich begrüßen.

Das Thema zu dieser Arbeit gab mir der Leiter des Gesundheitsamtes der Stadt Bonn, Herr Medizinalrat Dr. Basten, auf Veranlassung des Direktors des Hygienischen Instituts, Herrn Professor Dr. Selter. Diesem sowohl als auch Herrn Medizinalrat Dr. Basten sage ich meinen aufrichtigen Dank für wohlwollendes Entgegenkommen und jederzeit liebenswürdige Unterstützung.

Literatur.

Braeuning: Schicksal der Kinder, die mit offentuberkulösen Verwandten die Wohnung teilen.
Zt. f. Tuberk., Bd. 53, 1929.

— Wohnung und Tuberkulose.
Zt. f. Tuberk,, Bd. 48, 1927.

Ballin: Die Organisation und die Erfolge des Oeuvre Grancher.
Beitr. Klin. Tuberk., Bd. 67, 1927.

Einstein: Gesetzliche Vorschriften zur Bekämpfung der Tuberkulose in den Kulturstaaten.
Zt. f. Tuberk., Bd. 46, 1926.

Geissler, O.: Die praktische Erfahrung mit freiwilliger und zwangsweiser Entfernung von Kindern aus Familien Offentuberkulöser.
Beitr. Klin. Tuberk., Bd. 65, 1927.

Heisig: Zur Einrichtung einer Abteilung für zwangsweise Absonderung Offentuberkulöser in Stadtroda in Thüringen.
Reichs-Tuberk.-Blatt 1934 (Nov.)

— Erfahrungen mit der Zwangsisolierungsstation in Stadtroda in Thüringen.
Verh.-Ber. d. Dt. Tuberk.-Tagung 1935 in Bad Kreuznach (Kayser — Petersen).

Ickert: Über die Frage der Zwangsabsonderung von Offentuberkulösen im Krankenhaus.
Zt. f. Tuberk., Bd. 50, 1928.

— Wohnung und Tuberkulose.
Erg. Tbc.-Forschung 1934.

Kreuser u. Deuster: Die Frage der Zwangsabsonderung asozialer Tuberkulöser.
Zt. f. Tuberk., Bd. 54, 1929.

Krutzsch: Notwendigkeit und Grenzen des Zwanges in der Tuberkulosebekämpfung.
Zt. f. Tuberk., Bd. 53, 1929.

— Vorschläge zur Verschärfung der Tuberkulosegesetzgebung.
Beitr. Klin. Tuberk., Bd. 65, 1927.

Landau: Frage zur Zwangsabsonderung.
Zt. f. Tuberk., Bd. 55, 1930.

Rehberg u. Zürcher: Verlaufsformen der Tuberkulose und ihre Bedeutung für die Lungenfürsorge.
Zt. f. Tuberk., Bd. 50, 1928.

Reichardt: Tuberkulose und fahrendes Volk.
Zt. f. Tuberk., Bd. 48, 1927.

— Amtsärztliche Erfahrung auf dem Gebiete der Tuberkulose-Bekämpfung.
Zt. f. Tuberk., Bd. 44, 1925.

Seiffert: Weitere Ergebnisse einer Umfrage über die Verhältnisse bei Kindern in tuberkulöser Umwelt.
Zt. f. Tuberk., Bd. 66, 1933.

Lebenslauf.

Am 20. Juni 1911 wurde ich, Elisabeth Schenk, als Tochter des Chemikers Dr. Daniel Schenk und seiner Frau Clara geb. Schürmann zu Krefeld geboren. Nach 6 Jahren Privatschule legte ich nach weiteren 7 Jahren an der realgymn. Studienanstalt zu Krefeld Ostern 1931 die Reifeprüfung ab.

Vorklinisch studierte ich 1 Semester in Rostock und 4 Semester in Bonn, wo ich 1933 die ärztliche Vorprüfung bestand. Nach 6 klinischen Semestern in Freiburg und Bonn beendete ich im Wintersemester 1936/37 in Bonn mein medizinisches Studium mit dem Staatsexamen.